

フレイル予防教室 参加申込書

○該当するものに☑をつけてください

申込年月日：令和 年 月 日

(一つでも該当:対象者)

- ① (ここ6か月)意図せず体重が2Kg以上減った
- ② (ここ2週間)わけもなく疲れやすくなった
- ③ ペットボトルのふたが開けにくいなど筋力が低下した
- ④ 以前と比べて歩くのが遅くなった
- ⑤ ウォーキングなどの軽い運動を週1回以上していない
- ⑥ 周りの人から「いつも同じことを聞く」などのもの忘れがあると言われる
- ⑦ 週1回以上外出していない

ふりがな 氏名:	男 女	生年月日: 年 月 日 (歳)
住所(居住地): 〒 - 南相馬市		
電 話:0244- - 携 帯: - -	緊急連絡先: 氏名()続柄() 電 話:	
○かかりつけ医をご記入ください 病院・医院名() 医師名() 病院・医院名() 医師名()		
○治療中の病気がありましたら○をつけてください 高血圧・糖尿病・高脂血症・不整脈・心臓病・脳卒中・胃炎・便秘症・パーキンソン病 関節リウマチ・認知症・白内障・骨粗しょう症・腰痛・ひざ痛・肩痛・不眠症 がん()・その他()		
○参加にあたり、身体状況について心配なことはありますか？ <input type="checkbox"/> 体に麻痺がある(部位) <input type="checkbox"/> 体に痛みがある(部位) <input type="checkbox"/> 目が見にくい(右・左) <input type="checkbox"/> 耳が聞こえにくい(右・左) <input type="checkbox"/> 杖を使用する(外出時・家の中) <input type="checkbox"/> その他()		
通所方法:自家用車・家族の送迎・その他 ()		